

組合印	常務理事	部長	課長	主任	担当

健康保険 高齢受給者証再交付申請書

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	性別	生年月日	
-			男・女	昭和・平成 年 月 日生	
事業所	所在地名				
高齢受給対象者の氏名及び生年月日			昭和 年 月 日生	被保険者との続柄	
高齢受給者の資格を取得した日		平成・令和 年 月 日	高齢受給者の資格有効年月日	令和 年 月 日	
申請事由の発生日		令和 年 月 日			
申請事由 (詳細に)					
<p>上記のとおり 滅失につき再交付を申請いたします。</p> <p>毀損</p> <p>尚、滅失した高齢受給者証を発見した場合には、直ちに返納いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 〒 -</p> <p style="text-align: right;">被保険者 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p> <p>鴻池健康保険組合理事長 殿</p>					
事業主の証明					
<p>上記のとおり被保険者から高齢受給者証の再交付申請がありましたので提出いたします。</p> <p>尚、今後高齢受給者証の保管については、充分注意し再び滅失・毀損しないように指導いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電話 ()</p>					